LA FRANCE MÉDICALE
ET
PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Bibliographie : Des effets du traitement mercuriel intense et précoce sur l'évolution de la syphilis, par le Dr Louis Jullien, 337. — **Bibliographie :** Coxalgie tuberculeuse, par le Dr Ménard, 340. — Aide-mémoire de médecine hospitalière, anatomie, pathologie et petite chirurgie, par Paul Lefert. 340. — **Revue de la presse** Etudes cliniques sur l'ictère des nouveau-nés, 340. — **Académie des sciences :** *Séance du 1 mai* 1894. — Présidence de M. Lœwy. — De la formation d'urée dans le foie après la mort, 341. — Mort apparente produite par les courants alternatifs ; rappel à la vie par la respiration artificielle, 342. — **Académie de médecine :** *Séance du 29 mai* 1894. — Présidence de M. J. Rochard. — Election, 342. — Etiologie des épistaxis, 342. — **Société médicale des hôpitaux :** *Séance du 25 mai* 1894. — Présidence de M. Ferrand. — Apoplexie hystérique par fulguration, 343. — Infection pneumococcique générale, 343. — Empyème pulsatile, 343. — Hypertrophie du thymus, 343. — Morphino-cocaïnomanie datant de dix ans ; suppression en cinq jours de la morphine; guérison, 343. — **Société médicale du VIe arrondissement :** *Séance du 30 avril* 1894. — Prés. de M. Dauchez. — Diagnostic du goitre exophtalmique, 344. — A propos de la déclaration des maladies contagieuses, 344. — A propos du projet d'impôt sur les domestiques, 344. — De la conduite à tenir dans les cas de perforation de l'utérus par un instrument, au cours d'une opération, 345. — **Société de chirurgie :** *Séance du 30 mai* 1894. — Présidence de M. Lucas-Championnière. — Quelques considérations sur la bactériologie des suppurations intra-utérines, 345 — De la constipation des opérés, de l'effet de l'alimentation chez les opérés, 346. — Hygroma deltoïdien tuberculeux, 346. — **Société de médecine de Paris :** *Séance du 25 mai* 1894. — Présidence de M. Christian. — Phtisie normale, 346. — **XIe Congrès international des sciences médicales** tenu à Rome du 29 mars au 5 avril 1894. Médecine (*suite*). — Des troubles moteurs observés dans l'impaludisme, 348. — Des modifications du nombre et de la forme des globules blancs dans la fièvre typhoïde, 348. — Des rapports entre les lésions du cervelet et les troubles de la vision. 348. — Traitement des fièvres et particulièrement de la fièvre typhoïde, 348. — Corrélation de poids entre le cerveau et les testicules ou les ovaires, 349. — Pathogénie et traitement électrique de la névrite sciatique, 349. — Structure de l'écorce cérébrale dans la paralysie générale, 349. — **Correspondance**, 350. — **Nouvelles**, 351.

SYPHILIGRAPHIE

Des effets du traitement mercuriel intense et précoce sur l'évolution de la syphilis (1),

Par le Dr Louis Jullien,
Chirurgien de Saint-Lazare.

Les syphiligraphes sont peu d'accord sur la question de savoir à quel moment il convient de commencer le traitement général de la syphilis. Les uns se hâtent de donner le mercure dès la constatation du chancre, les autres jugent plus sage d'attendre l'éclosion des accidents secondaires. Tous les congrès spéciaux permettent de constater l'état stationnaire de cette dissidence, qui semblent plutôt basée sur des traditions d'école et des impressions personnelles que sur des arguments et des statistiques scientifiquement élaborées. La question reste donc en litige avec un égal nombre d'autorités imposantes pour appuyer les deux opinions qui se contredisent.

Cependant, dès 1863, dans ses belles *Leçons sur l'histoire naturelle de la syphilis*, Diday, qui, le premier, tenta de soumettre le problème au contrôle de la clinique, avait remarqué une légère différence entre deux séries de cas, les uns laissés sans traitement, les autres mercurialisés dès le premier jour ; dans ces derniers, les accidents secondaires avaient été retardés de sept jours en moyenne ; mais cette prolongation de la seconde incubation paraît de peu d'importance, les éruptions n'étaient pas évitées et leur gravité semblait être restée la même. On ajouta que, à s'administrer de bonne heure, le mercure perdait de son efficacité et que les syphilides dont il avait retardé la venue se montraient par la suite moins dociles à son action.

En 1874, je cherchai moi-même à étudier l'influence du traitement initial sur l'évolution des phases tardives, et l'examen de plusieurs centaines de faits m'induisit à conclure que la mercurialisation hâtive avait, dans une notable mesure, l'avantage de prévenir la précocité des accidents tertiaires. Dans les diverses éditions de mon *Traité des maladies vénériennes*, je crus devoir recommander cette ligne de conduite comme la plus logique et la plus avantageuse.

En m'y conformant strictement dans la pratique, je ne manquai pas de faire profiter mes malades des avantages de la cure hypodermique. Les faits jetés dans le débat remontaient à une époque déjà ancienne, trop ancienne pour relever de la moderne thérapeutique, et il était intéressant d'en reproduire l'expérience avec les méthodes nouvellement préconisées pour introduire le mercure dans l'organisme. J'ai surtout en vue ici l'injection de calomel. Il me semblait que si l'on avait jadis constaté de bons résultats par la pilule de protoiodure et le sublimé, on devait obtenir bien mieux encore avec un moyen dont nul ne discute l'efficacité incomparable.

Ce raisonnement ne m'avait pas trompé ; dès les premiers cas soumis à ce mode de traitement, je vérifiai d'abord la loi du retard si exactement formulée par Diday, mais au lieu de quelques jours, c'étaient des semaines que les éruptions mettaient à poindre. En se-

(1) Communication à la Société de médecine de Paris, séance du 12 mai.

cond lieu, je ne tardai pas à reconnaître qu'elles n'apparaissaient que modifiées, diminuées et comme étiolées, attestant une fois de plus cette vérité qu'en matière de virus, retarder, c'est atténuer.

Quand par un agent quelconque on réussit à diminuer l'intensité d'un principe morbide, on ne peut se défendre de l'espoir de pousser cette atténuation à ses dernières limites. Ce problème s'imposait donc à notre esprit ; et il ne nous semblait pas qu'il fût irréalisable, par une mercurialisation plus diligente, plus énergique, plus persévérante, de combattre la syphilis dès la première heure assez vigoureusement pour annihiler toutes les manifestations subséquentes, ou tout au moins les amoindrir dans une mesure qui équivalût presque à la guérison.

Je me propose d'exposer le traitement qu'après maints essais j'ai reconnu le meilleur, mais je suis loin de prétendre qu'il n'y en ait qu'un seul. Il n'est pas de spécialiste qui n'ait été à même de constater par hasard des cas heureux d'arrêt de la syphilis consécutif à l'emploi de divers remèdes. Dans un précédent mémoire lu au Congrès de Berlin, j'en ai fait connaître quelques observations accidentelles que je considérais déjà comme d'encourageantes surprises. C'est l'examen de ces faits, venant à l'appui des considérations déjà exposées, qui m'a conduit à chercher une méthode générale, systématique, en faisant choix du plus puissant moyen de mercurialisation.

Ce moyen, c'est l'injection de calomel que nous devons à Scarenzio et que Smirnoff a perfectionnée. J'emploie le sel suspendu dans la vaseline liquide, suivant une formule donnée par Balzer : calomel 1 gramme; vaseline 10 grammes, pour 10 injections. Il est bien entendu que ces substances doivent être purifiées avec un soin particulier, que le calomel à la vapeur aura été lavé à l'alcool et séché dans l'étuve, la pétro-vaseline distillée, que le mélange sera fait dans un mortier lavé et flambé, et qu'il sera enfermé en un récipient rigoureusement aseptique. Mêmes précautions seront observées au cours de l'injection, seringues et canules bouillies, téguments brossés et lavés au savon, puis au sublimé, puis à l'éther. Cela fait, le mélange est poussé profondément dans les muscles de la fosse iliaque externe, à 4 ou 5 centimètres de la crête, et la petite piqûre fermée au collodion. Je me hâte de dire que dans ces conditions, l'injection de calomel ne fait courir aucun danger d'intoxication, ni même de salivation si l'on s'est assuré au préalable que les reins fonctionnent bien, et que les gencives sont en bon état. On n'a pas davantage à redouter les phlegmons, si l'on s'astreint à faire l'injection au domicile du malade, et s'il consent à garder chez lui un repos relatif pendant un jour ou deux.

Au surplus, s'il survenait, et cela est fort exceptionnel, un gonflement avec production de quelques gouttes de liquide chocolat s'éliminant par un minime pertuis cutané, la complication serait négligeable et l'efficacité du remède n'enserait en rien diminuée.

Cette efficacité a été mise en lumière tant de fois, e dans des occasions si diverses, on a si nettement établ sa rapidité, son intensité, son caractère héroïque pa la précision et la clarté des résultats, qu'il me semble inutile d'y revenir. Je ne veux insister que sur un poin relatif à la durée de l'imprégnation. Il est certai qu'une petite quantité du sel peut rester en réserv dans les foyers. Pour m'en rendre compte, j'ai fai nombre d'injections à des animaux sur lesquels j m'assurai d'abord de l'innocuité du procédé ; en outr sur un de mes lapins sacrifié dix-huit mois plus tard, j retrouvai très nettement dans le tissu sous-cutané l place d'une de ces piqûres, et l'analyse chimique m permit d'y reconnaître des traces indéniables de mercure. Cette particularité me semble d'un grand intérêt et devait constituer une garantie pour le succès de tentatives que j'avais en vue, mais en même temps elle commandait une grande prudence pour le manie ment d'un médicament susceptible de s'accumuler dan l'organisme, et il importait de reconnaître, à des signe prémonitoires, la situation calomélique. Je les énonc ici tels que la clinique me les a révélés, gingivite, sen timent de constriction thoracique, tendance à la syn cope. Ces indices éphémères permettent de suspendr en temps opportun le traitement intense et d'évite l'intoxication que, pour mon compte, je n'ai jamai observée.

Un syphilome reconnu, et étant donné que les cond tions ne se prêtent pas à l'excision, commencer immé diatement l'administration du calomel est ma règle. J pique à gauche ou à droite dans la partie propice l plus voisine du mal. S'il siège sur la face ou le sein, j choisis l'une des fosses scapulaires et j'injecte dans le fibres du sus-épineux. Le premier résultat est l'entrav apportée au développement du chancre ; constitué étalé ou creux, il se cicatrise rapidement ; à son début herpétiforme ou miliaire, il y a de grandes chance pour que son volume reste tel, et que d'érosif il ne de vienne jamais ulcéreux. Pour qui douterait d'un dia gnostic précoce, et resterait indécis sur la nature d l'ulcère, cette circonstance ne serait pas faite pour le ver toute incertitude, d'autant plus que les suites prévoir vont différer essentiellement de celles qui mar quent l'évolution ordinaire de l'infection spécifique J'estime cependant qu'un œil et un doigt exercés ne s trompent pas, et qu'en s'aidant des commémoratifs surtout de la confrontation, quand on le peut, on bas un jugement qui peut se passer de la confirmation u térieure.

En renouvelant de quinze en quinze jours ces injec tions, dans des conditions qui seront précisées plus loin il y a lieu de penser que le virus subit une atteint considérable, car les délais habituels de l'incubatio seconde, cette date de six semaines, si généralemen exacte qu'elle en est presque fatidique, s'écoulent san manifestations caractéristiques. Vainement multiplie t-on les inspections pour surprendre érythème, roséol

papule, la syphilis peut être enrayée dès le début et ır toujours; c'est l'idéal du traitement abortif. Ou n, c'est dans le cours du 2e, du 3e ou du 4e mois, il m'est arrivé de découvrir, d'abord sur la mueuse buccale et ensuite sur l'enveloppe cutanée, esque toujours dans cet ordre-là, les lésions attriables à la syphilis. Mais que sont ces lésions? Sur amygdales et les piliers, dépolis, entamures superfilles, que les malades et moi-même fûmes souvent ités de rapporter à une cause vulgaire, quelquefois pertrophie et ulcération réelle, ce cas est rare. Et nme dermatose, je vis des éruptions méconnaisbles, avortées, limitées à de discrets éléments, très ıvent corymbiformes. Dans un cas c'est une seule pule au 67e jour, et 20 macules au 138e, ou bien des hes très vagues sur l'abdomen. Dans trois cas, je vis petit groupe de coups de pinceau, d'un rouge assez imé sur les omoplates où ils persistèrent peu. Le tément fut parfois entièrement préservé, et je remare précisément que ces malades furent ceux que je s traiter le plus hâtivement et avec le plus de pervérance, c'est-à-dire dont je vis les chancres dès les ut premiers jours, et qui, soumis d'emblée au traiteent intense, n'eurent par la suite que de moindres ulres. Ne semble-t-il pas que chez ces privilégiés l'inction ait été tarie à la source? Inversement mes tentatives furent presque infructueuses lorsque je ne pus ir que tard, après deux ou trois semaines de durée l'ulcère primitif, ou lorsque, pour des raisons particulières, je dus soit interrompre mes injections, soit les péter à de trop longs intervalles.

Quoi qu'il en soit, les faits auxquels je viens de faire lusion attestent bien là une infection inusitée et lére entre toutes, car les sujets devaient rester ultérieurement préservés, ainsi que j'ai pu m'en assurer ı les observant attentivement depuis plusieurs années. on plus ancien malade, un officier, avait 4 chancres à la rainure, quand je lui fis sa première injection, le 5 décembre 1890. Toute la syphilis s'est bornée pour ui à quelques érosions amygdaliennes, et à d'indécises ıarbrures sur le thorax vers le troisième mois, encore 'en tiens-je compte que par un scrupule de vérité; car ur nature n'en fut pas très clairement démontrée. 'rois ans et demi se sont passés sans démentir ces proıesses de l'heureux début. Chez un médecin que j'oberve depuis novembre 1891, la seule confirmation de ı maladie est une papule; je l'engage à la défiance, ıais en juillet 1882, il se marie, sans que, depuis bientôt deux ans, il ait eu à s'en repentir. Même résultat hez un Arménien traité dès le mois d'octobre 1891, et ui n'eut jamais que des accidents herpétiformes des onsilles. Mon regretté maître Horteloup examina ce nalade en avril 1892, et autorisa le mariage qui eut ieu au mois d'octobre de la même année; aucun symptôme nouveau n'était apparu à la date du 30 janvier lernier. Un quatrième enfin, dont je traitai les chancres au quatorzième jour seulement, alors que déjà ils étaient accompagnés d'énormes ganglions, eut des manifestations presque aussi imperceptibles, mais moins fugaces, du côté de la langue et des piliers.

On ne manquera pas de dire, pour interpréter cette série de succès, que c'est faveur du hasard, que la syphilis tend de jour en jour à la bénignité, que certains chancres durs semblent exempts des suites infectieuses; mais ce sont là des occurrences d'une grande rareté, et si l'on n'admet pas que je les provoque, leur fréquence dans le champ de mon observation reste inexplicable.

Une question se présente maintenant à l'esprit. Ces malades sont-ils guéris? N'auront-ils plus à compter avec les accidents du décours de la syphilis? On comprend que sur ce point je ne puisse répondre que par induction. Est-il illogique de considérer trois ans et demi de presque immunité comme un gage de sécurité pour l'avenir? Je ne le pense pas. Le raisonnement me dit qu'ayant mis en jeu dès la première heure l'action d'un antisyphilitique éprouvé, soit qu'il frappe les organismes morbides eux-mêmes, soit qu'il modifie dans un sens contraire à leur développement les conditions du milieu humain, j'ai atteint le virus à l'heure des prolifération décisives, et que, plus tard, mes injections réitérées de la même substance ont sans cesse agi sur un produit chaque fois plus affaibli et d'une vitalité graduellement atténuée, probablement atténuée jusqu'à l'extinction. Il se passerait ainsi quelque chose de comparable à ce que les bactériologistes obtiennent *in vitro* quand, dans un but d'inoculation préventive et même curative, ils préparent avec les microbes les plus dangereux des cultures que, d'atténuation en atténuation, ils savent rendre inoffensives. Je sais bien que, en pareille matière, et lorsqu'il s'agit d'une maladie dont les trèves et les accalmies trompeuses nous sont connues, il serait illusoire de se confier au raisonnement, et que de l'expérience seule il convient d'attendre la notion des résultats définitifs, et la confirmation de nos espérances. Mais, quand je vois la perturbation du cycle naguère immuable, ces éruptions disparates, ces périodes supprimées ou amoindries, je ne puis m'empêcher de croire qu'ayant les moyens d'agir sur la cause première, de l'affaiblir, sinon de l'anéantir, ses conséquences ultimes sont à notre merci. On m'accordera tout au moins que, au degré auquel l'ont eue certains de mes opérés, la syphilis n'est plus la syphilis, et les malades, que ce seul mot terrifie, ne sont pas les derniers à faire part de leur étonnement.

Jusqu'à quel moment faut-il continuer le traitement intense, à quelles doses, à quels intervalles doit-il être administré? Problème difficile, car dans l'hypothèse la plus heureuse, nous manquons de jalons pour guider notre pratique. Pendant les deux premiers mois, je l'ai dit déjà, je donne l'injection de calomel tous les quinze jours; encore cette prescription ne comporte-t-elle rien d'absolument mathématique. Si chez les sujets de résistance et d'embonpoint ordinaires, 10 centigrammes de calomel sont bien supportés, il paraîtra sage d'abaisser

cette note chez les chétifs ou les individus de petite taille et de s'en tenir, pour l'inoculation de quinzaine, à 8, 6 ou 5 centigrammes. Il y aurait ainsi lieu de mesurer la quantité du remède d'après le poids du corps, et je ne pense pas qu'il soit bien difficile d'établir une échelle raisonnée de coefficients à cet égard. De même pour la question du laps qui doit séparer les injections, les deux premiers mois passés, l'heure est venue de diminuer la rigueur du traitement et de laisser un croissant intervalle, vingt jours, puis vingt-cinq, puis trente au fur et à mesure que l'immunité s'affirme. Après le sixième mois, je surveille encore mes malades pour guetter une éventalité éruptive et y parer, s'il y a lieu. Mais alors le calomel ne reconnaît plus les mêmes pressantes indications, et il est sans inconvénients de lui substituer l'huile grise, le thymolo-acétate, ou telle autre injection soluble, voire même au gré de l'intéressé les préparations qui s'administrent par la voie buccale.

Ce travail est basé sur l'examen d'un très grand nombre de malades, et surtout sur l'étude approfondie de 30 observations au cours desquelles, à des degrés divers et avec des fortunes variées, j'ai mis en pratique les principes que je viens d'exposer. J'ai pesé les circonstances qui ont favorisé ou desservi mon effort thérapeutique, et de la comparaison des résultats est née pour moi cette conviction que le véritable traitement de la syphilis doit se faire avant son éclosion, je veux dire sans attendre la phase floride des manifestations généralisées.

Il n'est pas une maladie contre laquelle la science ne nous enseigne qu'il faut lutter dès le principe. Si contre la plupart d'entre elles, nous avons été jusqu'ici désarmés ou livrés aux plus aveugles pratiques de l'empirisme, de tous les côtés, dans toutes les écoles, par la bactériologie et la chimie, la médecine moderne s'acharne à chercher l'abortion ou l'atténuation hâtive des germes. Or, il se trouve que, nous autres syphiligraphes, nous sommes depuis des siècles en possession du plus puissant spécifique contre le mal que nous avons à combattre. Ne serait-ce pas une véritable aberration que d'en différer l'emploi, alors que ce mal est là, constaté, menaçant, inéluctable? Je ne sais si les faits que je viens d'exposer réussiront à porter la conviction dans les esprits, mais je me résumerai en répétant et ce sera la conclusion de ce mémoire, que répudier la thérapeutique effective pendant l'évolution du syphilome, temporiser alors que le virus pullule pour imprégner tout l'organisme, c'est se résigner à une abdication dont les conséquences peuvent peser gravement sur toute la suite d'une infection que nous savons ne pas avoir de fin.

BIBLIOGRAPHIE

Coxalgie tuberculeuse, par le Dr V. Ménard. — Rueff et Cie, édit. Paris 1894.

La coxalgie est définitivement synonyme de tuberculose de la hanche et M. Ménard, avec juste raison, localise absolument son étude à cette tuberculose.

Pour cette question classique, M. Ménard a adopté le plan classique, puis abordant l'étude clinique, il traite de l'étiologie, des symptômes qu'il décrit dans leur première période ou période de début, dans la seconde période d'attitude vicieuse et enfin dans la troisième période ou des déplacement; le diagnostic, le pronostic et la marche forment le complément de cette étude clinique. Le traitement forme une des parties les plus importantes de la monographie de M. Ménard, et qui certainement sera la plus appréciée de ses lecteurs. Il ne néglige aucun détail, il nous guide dans tous les cas qui peuvent se présenter, et toutes les éventualités sont par lui envisagées.

Tout classique qu'est le sujet choisi par M. Ménard il a trouvé dans la façon dont il est traité un cachet d'actualité qui montre bien que l'auteur l'a traité beaucoup plus avec les opinions personnelles que lui ont données sa grande expérience qu'avec l'aide des auteurs nombreux qui, avant lui, ont étudié le même sujet.

F. Verchère.

Aide-mémoire de médecine hospitalière, anatomie pathologie et petite chirurgie, pour la préparation du concours de l'externat, par Paul Lefert. — J.-B. Baillière, 1894.

De cet aide-mémoire, nous ne dirons que peu de chose. Nous ne croyons pas qu'un candidat à l'externat puisse, malgré ce titre, préparer le concours dans un semblable ouvrage. Si ce candidat est doué d'une belle mémoire, il pourra l'apprendre mot à mot tout entier, et il aura peut-être alors juste de quoi écrire son plan pendant les quelques minutes de réflexion qui lui sont accordées avant l'épreuve. Quant à l'épreuve elle-même, s'il n'a pas d'autres connaissances anatomiques ou pathologiques, il risque fort, même avec une certaine facilité de parole, de ne pas employer la moitié du temps que doit durer l'épreuve. A notre avis, de semblables livres sont parfaitement inutiles, si même ils ne sont pas quelquefois nuisibles et si l'on a besoin de résumés, il faut les faire soi-même; c'est la meilleure manière d'apprendre.

Dr E. Deschamps.

REVUE DE LA PRESSE

Etudes cliniques sur l'ictère des nouveau-nés (*Deutsche med. Zeit.*, n° 23, 1894.)—Après quelques considérations générales sur les théories courantes

ère, Quisling cite 50 observations d'ictère observé z les nouveau-nés à la maternité de Christiana.
ur 580 nouveaux-nés, l'auteur a trouvé l'ictère z 151, ce qui donne une proportion de 26 0/0, plus le que dans les autres pays. Suivant les époques de née, la fréquence relative a varié de 15 0/0 (novem-) à 34 0/0 (mois de mars). Mais cette fréquence est ucoup plus considérable à l'hôpital qu'en ville, si s'en rapporte au dire des sages-femmes que l'au- a questionnées à ce sujet. Dans 78 0/0 de tous les l'ictère de la peau et des muqueuses paraît dans les s premiers jours ; la proportion est de 6 0/0 pour le mier jour et de 16 0/0 pour le troisième. L'ictère est si prononcée que chez les adultes ; les conjonctives et gencives sont surtout fortement colorées. L'urine est vent très jaune, mais normale au point de vue ma- scopique. Dans un cas où l'on fit l'autopsie, la subs- ce cérébrale était faiblement ictérique ainsi qu'un sudat pleurétique tapissant la surface des poumons.)ans plus de la moitié des cas (60 0/0) la maladie a é quatre à six jours ; dans 30 0/0 elle a atteint t à neuf jours, enfin dans 2 0/0 de tous les cas la oration ictérique a disparu en trois jours.
)ans tous les cas qu'il a observés, l'auteur a noté des ubles gastro-entériques plus ou moins marqués, des ubles dyspeptiques avec vomissements et mé- risme, parfois un catarre gastro-entérique, avec les liquides et muqueuses. Un enfant chez lequel tère en décroissance récidiva eut en même temps des missements, du météorisme, de l'agitation.
La fièvre accompagne l'ictère dans la moitié des cas, qui présente une grande importance, d'après l'au- ur, au point de vue de l'étiologie et de la pathogénie la maladie. Chez un certain nombre d'enfants l'ictère t suivi d'une perte considérable de poids.
Les garçons semblent plus prédisposés à l'ictère que s filles, bien que la proportion des uns et des autres it très voisine, l'auteur ayant noté 295 garçons et 4 filles.
Chez la plupart des nouveau-nés, la première ali- entation détermine une irritation des premières voies, tomac et intestin grêle, qui constitue un état très nalogue au catarrhe. Ce catarrhe physiologique, qui ccompagne la mise en jeu de la fonction digestive, se aduit par de l'hyperémie, une sécrétion de mucus et gonflement de la muqueuse. Dans beaucoup de cas où on a recours à l'alimentation artificielle, avant que a sécrétion lactée soit établie, cette hyperémie prend un aractère pathologique et donne lieu à des troubles yspeptiques. Les bactéries peuvent jouer un certain ôle, ce qui expliquerait pourquoi l'ictère des nou- eau-nés est plus fréquent dans les maternités que ans la pratique privée.
Le moment auquel on pratique la ligature du cordon mbilical offre une certaine importance dans l'étiologie le l'ictère. Sur 386 chez lesquels la ligature a été faite ussitôt après l'accouchement, 26 0/0 ont présenté de l'ictère : sur 104 chez lesquels cette ligature a été faite cinq minutes après l'accouchement, l'ictère est survenu 18 fois sur 108. Les enfants nés avant terme pouvaient être plus souvent atteints d'ictère.
Le traitement doit, d'après l'auteur, être dirigé surtout contre les troubles gastro-entériques. L. J.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 21 mai. — Présidence de M. Lœwy.

De la formation d'urée dans le foie après la mort. — M. Charles Richet. Un des principes fondamentaux de la physiologie générale, c'est que les tissus de l'organisme, quand la circulation et l'hématose ont cessé, continuent pendant un certain temps, variable avec chaque tissu, à exercer les mêmes fonctions que pendant la vie. Autrement dit, la mort de l'*individu* n'entraîne pas la mort immédiate et simultanée des parties anatomiques qui le constituaient.

Un exemple remarquable de cette action chimique des tissus survivant à la mort de l'individu, c'est la production du sucre dans le foie. Claude Bernard, dans une mémorable expérience, a montré que la formation du sucre aux dépens du glycogène hépatique se continuait pendant plusieurs heures dans le foie retiré du corps et lavé immédiatement après la mort par un courant d'eau qui enlevait tout le sang contenu dans les vaisseaux.

J'ai pensé à étudier de la même manière la production d'urée dans le foie. La plupart des physiologistes admettent en effet que le foie est un des principaux organes où se produit l'urée, et la pathologie, par des preuves nombreuses, confirme cette opinion.

Si donc il est vrai que le foie forme de l'urée pendant la vie, il doit continuer à en former encore pendant quelques heures après la mort, alors que la vitalité des cellules hépatiques n'a pas été détruite. J'ai fait à cet égard une série d'expériences nombreuses qui établissent ce fait important.

Il se forme dans le foie, extrait du corps et privé de sang, *in vitro*, une quantité d'urée relativement considérable, puisque, en quatre heures, elle s'élève à plus de 0 gr. 7 par kilogramme ; ce qui donne en vingt-quatre heures plus de 4 gr. d'urée,

Le sens de ces expériences est singulièrement éclairé par les recherches de MM. A. Gautier et Landi, qui ont montré que le muscle continue, après qu'il a été séparé du corps, à vivre et à former des leucomaïnes et des alcaloïdes aux dépens des matières azotées qu'il contient. De même mon expérience prouve que le foie, abandonné à lui-même, et extrait du corps, continue à faire de l'urée, probablement par un phénomène d'hydratation dû à une diastase soluble.

Il existe donc une analogie remarquable entre la formation de sucre dans le foie et la formation d'urée. Les deux phénomènes s'opèrent à l'aide d'une diastase soluble ; les deux phénomènes peuvent avoir lieu *in vitro*.

Il se passe en outre dans ce liquide hépatique (foie frais, broyé et filtré) d'autres faits intéressants que je cherche à analyser (production de matière colorante rouge et de substances réductrices) ; mais j'ai seulement voulu établir ici qu'un des phénomènes les plus importants de la vie du

foie, c'est-à-dire la formation d'urée, est un phénomène analogue aux phénomènes de diastase.

Mort apparente produite par les courants alternatifs; rappel à la vie par la respiration artificielle. — M. A. d'Arsonval. Dans ma note du 4 avril 1887, j'ai montré que l'électricité provoque la mort de deux façons très différentes :

1° *Par lésion ou destruction des tissus* (effets disruptifs et électrolytiques de la décharge) ;

2° *Par excitation des centres nerveux* produisant l'arrêt de la respiration et la syncope, mais sans lésions matérielles.

Dans le premier cas, la mort est *définitive*; dans le second, au contraire, elle n'est qu'*apparente*. J'ai prouvé qu'il était possible alors de rappeler le foudroyé à la vie en pratiquant la respiration artificielle. Aussi ai-je pu résumer mes nombreuses expériences dans la formule pratique suivante : *Un foudroyé doit être traité comme un noyé*.

M'appuyant sur ces faits, je me suis élevé contre la peine de mort appliquée en Amérique sous le nom d'*électrocution*, le courant alternatif industriel employé dans ce cas produisant presque toujours le second genre de mort.

Un accident arrivé ces jours derniers, accident dont les conditions ont pu être déterminées avec toute la rigueur d'une expérience de laboratoire, vient confirmer, *sur l'homme*, ce que j'avais vu chez les animaux.

Voici la relation du fait qui m'a été communiqué par MM. Picou et Maurice Leblanc, deux électriciens bien connus, témoins oculaires de l'accident et sauveteurs de l'*électrocuté*.

Lorsque l'accident de Saint-Denis s'est produit, l'électromètre d'Épinay, monté entre deux de nos trois fils, marquait 4.500 volts et l'ampéremètre, intercalé dans l'un d'eux, marquait 750 milliampères.

A l'endroit où l'accident s'est produit, les trois fils sont portés par un potelet, scellé dans un mur, à 6 mètres environ au-dessus du sol. L'homme qui a été frappé était à cheval sur la barre de scellement inférieur, tenant d'une main l'un des conducteurs. Il avait monté avec lui un fil téléphonique qu'il était en train de poser. Ce fil s'appuyait sur la barre de scellement et a touché un autre des trois conducteurs.

Le courant s'est fermé à travers l'homme, entrant par une main et sortant par une fesse en court circuit.

Il a donc supporté directement toute la tension (4.500 volts, fréquence 55 environ). Combien de temps ? Il est difficile de le dire avec précision, mais certainement plusieurs minutes. Le court circuit qu'il a établi a déterminé la production d'étincelles au collecteur de l'appareil d'Épinay. L'agent qui le surveillait s'est douté d'un accident sur la ligne et a téléphoné à La Chapelle d'arrêter. Tout cela représente un temps assez long.

A ce moment nous partions d'Épinay et nous étions déjà dans le train quand nous avons été avisés qu'un accident venait de se produire.

Un quart d'heure environ après, nous sommes arrivés à Saint-Denis ; cet homme était toujours à cheval sur la barre de scellement et ne donnait plus signe de vie. On a eu beaucoup de mal à le descendre *et cette opération a pris au moins une demi-heure*.

Suivant vos avis, nous avons pratiqué la respiration artificielle (en faisant manœuvrer les bras) d'abord sans résultat. Je lui ai ouvert la bouche de force et ai dégagé la langue, ses poumons ont fonctionné presque aussitôt. Il a pu parler après deux heures. Il était brûlé à la main droite et à la fesse ; aujourd'hui, il va bien.

Il y a quelques jours, on m'écrivait de nouveau : « Le « blessé va bien. Il est à noter qu'aucun trouble particulier « dû au passage du courant à travers son corps, ne s'est « manifesté. On n'a eu qu'à se préoccuper de soigner les « brûlures. »

Tout commentaire me paraît superflu, et je me contenterai de répéter comme conclusion : *Un foudroyé doit être traité comme un noyé.*

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 mai 1894. — Présidence de M. J. Rochard.

La Correspondance comprend un travail manuscrit intitulé : *Notes et observations sur les revaccinations du 77e de ligne* par le médecin-major de 1re classe Marty.

Election. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux (1re division).

Pour la première place, sur 69 votants, majorité 35, M. Mairet (de Montpellier) est élu par 49 voix contre 9 données à M. Testut (de Lyon), 6 à M. Vergely (de Bordeaux) et 5 à M. Tessier (de Lyon).

Pour la seconde place, sur 70 votants, majorité 36, M. Vergely est élu par 53 voix contre 9 données à M. Liégeois, de Bainville-aux-Saules, 3 à M. Tessier, 3 à M. Testut, 1 à M. Bertrand (de Cherbourg) et 1 bulletin blanc.

Etiologie des épistaxis. — M. Verneuil. On doit diviser les épistaxis en trois groupes : épistaxis juvénile, héréditaire et hérédo-hépatique, dont les conditions étiologiques et la pathogénie pas plus que la thérapeutique, d'ailleurs ne paraissent pas encore bien fixées.

L'épistaxis juvénile se retrouverait fréquemment dans les antécédents plus ou moins éloignés de la phthisie et du rhumatisme des adultes ; après une durée plus ou moins longue elle pourrait reparaître chez des sujets âgés de 50 à 60 ans sous des influences à la vérité mal connues, et enfin elle aurait pour cause tantôt la pléthore ou un molimen hémorrhagique, tantôt au contraire une profonde débilitation due à la croissance exagérée, à la puberté, au mauvais régime, à un excès de travail intellectuel, à l'onanisme, etc.

Il est extrêmement rare de retrouver, dans ces cas, les altérations signalées, tandis que si l'attention est appelée du côté du foie, on ne manque pas d'ordinaire de reconnaître, soit chez le petit malade, soit chez ses ascendants un état constitutionnel de la glande hépatique. Le régime approprié à l'hépatisme fait bientôt justice des accidents observés.

M. Panas. La thèse de M. Verneuil est juste. On a tort dans les hémorrhagies spontanées de l'enfance, de ne pas chercher suffisamment la cause. J'ai observé un enfant qui à la suite d'épistaxis a eu un hématome spontané de l'orbite. Quelquefois on voit chez des adolescents des hémorrhagies des membranes profondes de l'œil qui détruisent l'organe. Souvent on ne trouve aucune cause, mais chez l'enfant à l'hématome j'ai trouvé une dilatation de l'estomac avec dyspepsie ; chaque fois que cet enfant mangeait

il avait de l'épistaxis et une fois il a fait de l'hématome orbite. Ces malades, en outre, sont généralement cons- . Chez les enfants, les affections du foie sont rares; on que plus facilement les troubles par des désordres du de l'estomac et de l'intestin, on peut donc se demander s hémorrhagies ne sont pas dues à la formation de es. Comme M. Verneuil a guéri ses malades par le ne et les alcalins, ce traitement a pu agir sur l'esto- et les... intestins autant et plus que sur le foie.

VERNEUIL. Dans toutes les hémorrhagies d'origine sep- , on bourre les malades de toniques, c'est par un trai- nt tout à fait opposé qu'on arrive, au contraire, à les ir.

4 heures 45, l'Académie se forme en comité secret entendre le rapport de M. d'Arsonval sur les candidats la section de physique et chimie médicales. Les can- ts seront présentés dans l'ordre suivant : 1° M. Hanriot; . G. Pouchet ; 3° *ex æquo*, MM. André, Burcker et Re- d.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

—

éance du 25 mai 1894. — *Présidence de* M. FERRAND.

oplexie hystérique par fulguration. — M. J. COMBY. oplexie hystérique est bien connue depuis les observa- s qui ont été rapportées devant la Société, par M. De- , par M. Dumontpallier, depuis lathèse de notre col- e M. Achard (1887), depuis les travaux de Charcot et es élèves, etc., mais le fait que je produis aujourd'hui paru intéressant par les conditions étiologiques qui influé sur lui et par l'évolution qu'il a présentée.

ne femme de 38 ans entre le 20 avril 1894 à l'hôpital on pour une hémiplégie gauche dont elle a été frappée itement la veille. L'accident dont elle était atteinte ait déjà produit en 1889 dans les conditions suivantes : nalade, par un temps d'orage, s'était mise à l'abri dans de ces cheminées de village qui abritent toute une ille, lorsque la foudre frappa de mort deux de ses ants qu'elle avait à côté d'elle, la laissant elle-même s connaissance. Quand elle revint à elle, on s'aperçut elle avait une paralysie complète du mouvement et de ensibilité du côté gauche. L'hémiplégie se dissipa en is semaines. En juillet 1891, deux ans après la première einte, la malade fut reprise, un jour d'orage, d'apoplexie, 9 avril 1894, veille de l'entrée de la malade, les accidents taient encore renouvelés par un temps lourd et orageux. était en état d'apoplexie, puis avec une hémiplégie uche que la malade était entrée dans mon service. L'exa- en objectif révèle l'existence d'une paralysie complète ec hémianesthésie sensitive et sensorielle, et impose le agnostic de la nature hystérique de l'affection.

La maladie n'est pas rare; à l'heure actuelle, j'ai dans on service deux autres malades qui ont été frappés d'apo- exie hystérique dans des conditions analogues à la précé nte. Dans un de ces cas il s'agit d'une femme qui, voyant n enfant mettre le feu à des étoffes dans sa chambre, t affolée par ce commencement d'incendie, tombe sans nnaissance et se réveille quelque temps après avec une émiplégie gauche accompagnée d'anesthésie. Actuelle- ent, la motilité est revenue, mais l'anesthésie persiste. Dans l'autre cas, il s'agit d'un homme un peu alcoolique qui, vendredi dernier, à la suite d'une vive contrariété, a été frappé subitement d'une apoplexie; actuellement, il présente une hémiplégie gauche avec anesthésie complète. Il est bon que ces faits soient connus pour éviter les erreurs de pronostic et de traitement.

Infection pneumococcique générale. — M. NETTER présente un jeune homme de 19 ans, entré à l'hôpital avec le diagnostic de fièvre typhoïde. Le 9 avril 1894, il ressentit un malaise extraordinaire, avec douleurs vagues, généralisées, et une fièvre vive ; quelques jours après, il entrait à l'hôpital, présentant les phénomènes généraux de la fièvre typhoïde. Toutefois il n'existait pas de troubles abdominaux, pas de tuméfaction de la rate ; on notait un prolongement du premier bruit du cœur, à la pointe, et des râles disséminés dans la poitrine. La température oscillait entre 39°,5 et 40°,5. Ce malade fut mis toutes les trois heures dans des bains froids. Dans le cours de cette affection, il présenta des signes d'infarctus pulmonaire et d'endocardite aiguë. Ces symptômes s'amendèrent et finirent par disparaître sous l'influence des bains froids et de l'acide salicylique employé à haute dose. L'examen bactériologique du pus d'un petit abcès de la jambe, des produits d'expectoration et du sang, firent constater dans ces humeurs de nombreux pneumocoques.

M. Netter estime que cette affection, d'allure infectieuse, est due à l'envahissement des humeurs de l'économie par le pneumocoque, dont l'inoculation se serait faite sur la jambe, au niveau d'un petit nævus récemment opéré et incomplètement guéri.

Empyème pulsatile. — M. BÉCLÈRE présente un homme atteint d'empyème pulsatile. Agé de 31 ans, il s'est bien porté jusqu'en 1891. Au mois d'août il commença à tousser; en novembre de la même année, il fut pris d'un pneumothorax subit; en avril 1892, on nota l'existence d'une pleurésie purulente gauche avec pneumothorax et déplacement du cœur. Il y a deux mois on constatait la forme globuleuse de la moitié gauche et antérieure du thorax, le cœur battait à droite dans le sixième espace intercostal, à 17 centimètres de la ligne médiane. On sentait des pulsations dans la région précordiale, isochrones aux mouvements du cœur. Une ponction faite à ce niveau permit de retirer 800 grammes de liquide purulent, non bacillaire. Le cœur se rapprocha de 2 centimètres de la ligne médiane, il bat encore dans le sixième espace intercostal droit, où l'on entend des bruits paraissant lointains. Le bruit respiratoire est supprimé dans les deux tiers inférieurs du poumon gauche. Le souffle amphorique du pneumothorax ne s'entend plus. Il existe de la matité sur les deux tiers inférieurs de la région thoracique gauche.

Hypertrophie du thymus. — M. MARFAN présente un thymus hypertrophié, ayant amené la mort rapide d'un enfants de 2 mois 1/2, par asphyxie, en cinq heures. L'autopsie montra que le thymus était extrêmement hypertrophié au point d'aplatir la trachée. L'air ne pouvait plus pénétrer dans les poumons, d'où l'asphyxie.

Morphino-cocaïnomanie datant de dix ans ; suppression en cinq jours de la morphine ; guérison. — M. SOLLIER. Un médecin âgé de 40 ans arrive à s'injecter par jour 1 gr. 50 à 2 grammes de morphine et 2 grammes de cocaïne. Des troubles graves : hallucinations, idées de suicide, abcès, attaques convulsives, le forcèrent à abandonner sa profes-

sion. Traité par la suppression immédiate de la cocaïne et la suppression lente de la morphine, il a guéri en cinq jours, sans avoir présenté d'autres accidents que des vomissements et de la diarrhée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VI[e] ARRONDISSEMENT

Séance du 30 *avril* 1894. — *Présidence de* M. Dauchez.

Assistent à la séance, MM. Bonnefin, Dauchez, Déléage, Dromain, Genesteix, Le Coin, Machelard, Meugy, Millée, Schwartz, Verchère.

M. Machelard communique une lettre du Dr Jacquin, qui, bien qu'ayant quitté Paris pour aller exercer à Reims, a tenu à payer sa cotisation, et tient à rester membre de la Société.

M. Machelard annonce que feu le Dr Barré, qui était un émérite collectionneur, avait légué à sa ville natale ses objets d'art avec charge de les déposer dans un musée. Le légataire universel de M. Barré a pris sur la collection quelques pièces de céramique (assiettes) qu'il a envoyées au Dr Machelard. Celui-ci les aurait déjà déposées, si nous avions une bibliothèque pour les recevoir ; ces objets reviendront un jour à la Société.

La Société médico-chirurgicale demande l'échange des comptes-rendus (*accordé*).

M. Déléage fait une communication sur le **Diagnostic du goitre exophtalmique** (*sera publié*).

M. Genesteix communique une lettre émanant de la Société médicale du XVII[e] arrondissement, demandant l'appui de la Société sur certains desiderata qu'elle émet à propos de la délivrance des certificats par les médecins des bureaux de bienfaisance. Le point de départ en est dans le refus d'un certificat concluant à la nécessité de l'internement d'une femme du bureau de bienfaisance du XVII[e] arrondissement, refus opposé par un médecin de ce bureau. Le mari de la malade a porté plainte auprès du maire de l'arrondissement qui a infligé un blâme au médecin et la question a été portée devant le conseil municipal.

M. Dauchez dit que le litige vient de ce que un second médecin avait accordé le certificat refusé par le médecin du bureau de bienfaisance.

M. Le Coin a, pour sa part, constaté l'aliénation mentale chez des malades du Bureau de bienfaisance et il a fait des certificats, mais il ne les a pas laissés entre les mains des membres de la famille des aliénés ; il envoie directement le certificat à la mairie.

MM. Verchère, Schwartz, Dromain, Meugy estiment que le médecin du Bureau de bienfaisance a le droit de donner un certificat, mais qu'il a aussi le droit de le refuser. Toutefois il doit le délivrer quand l'internement lui paraît nécessaire.

M. Verchère. Il semble que les maires considèrent le médecin comme un fonctionnaire devant délivrer une ordonnance à toute personne, un certificat à tout aliéné qui se présentent au Bureau de bienfaisance ; ils semblent estimer que le médecin qui n'agit pas ainsi ne remplit pas ses fonctions. La délivrance des ordonnances et des certificats est une affaire d'appréciation de la part du médecin ; il ne doit faire ni les uns ni les autres, s'ils ne lui paraissent pas nécessaires.

C'est aussi l'avis de M. Le Coin.

M. Meugy. Certains secrétaires de mairie prétendent q le médecin doit toujours délivrer le certificat deman quitte à le formuler comme il l'entend.

M. Verchère. Aussi me paraît-il très rationnel que médecins de Bureau de bienfaisance demandent à pouv recourir à l'avis d'un spécialiste.

M. Le Coin. Mais cela nous ferait entrer dans une v toute nouvelle ; on en arriverait à pouvoir appeler chez malade un spécialiste de telle ou telle branche (oculis auriste, etc.), ce qui n'a pas encore été prévu.

M. Schwartz. Le médecin aliéniste est celui dont l'a s'impose le plus, car il peut y avoir des inconvénients des dangers à laisser un aliéné en liberté ; les incon nients sont moindres et intéressent moins la société s'agit d'une maladie des yeux ou de la gorge.

M. Le Coin. Nous avons demandé que des spécialistes soi adjoints aux médecins des Bureaux de bienfaisance, m cette question des aliénés n'avait jamais été traitée. l cas auxquels j'ai eu affaire, à ce sujet, m'ont paru as clairs pour que j'aie pu me passer d'un spécialiste aliéni

M. Machelard s'étonne que le maire se soit appuyé sur médecin qui a accordé le certificat, dans le cas qui est so mis à la Société, pour donner tort à celui qui avait refu Le maire aurait dû recourir à l'arbitrage d'un troisiè médecin.

— La Société renvoie cette question devant la Société médecins des Bureaux de bienfaisance, et, dans le cas p ticulier, elle donne son appui moral au médecin qui n'a donné de certificat parce qu'il n'a pas cru devoir le fai

M. Dauchez a fait une visite à un des conseillers muni paux du VI[e] arrondissement, et celui-ci a promis de sou nir devant le conseil les désidérata formés à ce sujet les médecins du XVII[e] arrondissement appuyés par no Société.

A propos de la déclaration des maladies contagieuses. M. Dromain communique le fait suivant :

Ayant à soigner un enfant atteint de scarlatine, je prév la famille que j'étais obligé de déclarer le cas à l'admin tration et je le déclarai. Le lendemain, un employé du s vice de désinfection vint chez le concierge, prit des r seignements et après avoir simplement déposé un sac remettre à la famille, il partit pour ne plus revenir.

Vingt et un jours après les parents de l'enfant voient river chez eux un monsieur qui demande si leur médeci fait désinfecter ; sur la réponse négative, il invita les rents à me prévenir que j'avais à me présenter immé tement à la mairie pour expliquer ma conduite, le tout compagné de vertes critiques à mon égard. Appelé pa mère inquiète, je me bornai à lui conseiller de mettre individu à la porte s'il se présentait de nouveau.

Quand je constate un cas de maladie contagieuse, j préviens l'administration, mais je n'envoie pas le bon désinfection, car je considère celle-ci comme inutile et i soire dans le cours de la maladie ; je fais désinfecter au ment de la convalescence. Je me demande de quel d les employés du service de désinfection ou de l'adminis tion se permettent de venir chez les malades sans é appelés et de quel droit ils se permettent de critique médecin.

A propos du projet d'impôt sur les domestiques. — M. D main fait remarquer que ce serait là une charge nouv

i frapperait les médecins, déjà si surchargés de frais, pôts et patentes. Il fait remarquer combien est injuste npôt sur les voitures de luxe, et qui ne devraient être nsidérées que comme voiture servant à l'exercice de la ofession, comme les voitures des commerçants.

Il est d'avis que les sociétés médicales doivent agir auès des pouvoirs publics pour faire repousser l'impôt proé sur les domestiques ou du moins pour en faire exempter s domestiques des médecins. Cet impôt serait profondément injuste; le domestique d'un médecin, en effet, n'est s un domestique ordinaire, c'est plutôt un *employé* préposé à la porte et assimilable en tous points aux garçons ti, dans les magasins, sont chargés d'ouvrir et de fermer s portes et qui dans la loi projetée ne sont pas compris rmi les sujets frappés d'impôts ; ils y sont considérés mme *employés* et non comme *domestiques*. Nous sommes tentés au même titre que les commerçants qui ont des *nployés*, pourquoi serions-nous mis hors la loi, et n'aons-nous pas le droit d'avoir des *employés* comme eux ? uant à notre cocher, il doit être assimilé aux cochers des agasins qui sont considérés non comme domestiques, ochers, mais comme *livreurs*.

De la conduite à tenir dans les cas de perforation de utérus par un instrument, au cours d'une opération. — . Schwartz. J'ai eu à opérer une jeune femme atteinte de étroflexion utérine. Je chargeai, la veille de l'intervention, non interne d'introduire dans le col une tige de laminaire. e lendemain, alors que je me disposais à réduire, sous le hloroforme, la rétroflexion, je m'aperçus que la tige était out entière dans l'utérus et venait buter contre le col. Je e dilatai, et introduisis une tige mousse d'Hégar. Je procédai très doucement au redressement, lorsque je sentis out à coup l'instrument s'enfoncer profondément, l'extrémité avait perforé le fond de l'utérus et était arrivée au niveau de l'ombilic, j'avais à choisir entre l'hystérectomie vaginale totale ou la laparotomie et suture de la plaie utérine; c'est à cette dernière décision que je m'arrêtai, en raison du peu de lésions présumées du côté des annexes.

Après avoir procédé à la laparotomie, après avoir lavé la cavité abdominale, la tige étant maintenue en place, car elle formait bouchon sur l'orifice de perforation, j'explorai les annexes ; je trouvai que la malade avait eu une grossesse extra-utérine ; la trompe s'était rompue quinze jours auparavant et un petit caillot était arrivé parmi les anses intestinales. J'enlevai la trompe et le caillot, je suturai le fond de l'utérus et fis une hystéropexie, pour avoir deux barrières: l'une utérine, l'autre abdominale. L'opérée guérit en trois semaines. Il faut savoir que toutes les fois qu'une tige quelconque a séjourné dans l'utérus, celui-ci se laisse très facilement traverser, surtout au cours des manœuvres de redressement.

M. Verchère se demande s'il était nécessaire d'ouvrir le ventre, étant donné, que M. Schwartz ignorait la grossesse extra-utérine; il ne le croit pas, car la tige perforante était aseptique. A son avis, la guérison serait arrivée, même si l'on s'était contenté d'enlever la tige, et en s'abstenant de toute opération: il en a vu deux cas.

M. Schwartz a vu chez Demarquay des utérus très flasques qui se distendaient sous la curette et à tel point que l'extrémité de celle-ci arrivait au niveau de l'ombilic, sans perforer l'utérus. Il n'y avait naturellement aucun accident consécutif, aussi, ces cas ne sont pas démonstratifs, car on peut croire à une perforation utérine, alors qu'il n'y en a pas. M. Schwartz n'oserait pas retirer un instrument qui aurait perforé l'utérus ; il redouterait la communication entre la cavité abdominale et la cavité utérine ; il préfère recourir à la laparotomie, en raison de la bénignité de cette opération.

M. Millée, assistant un jour un confrère pour un curetage, vit se produire une perforation ; la curette s'enfonça à travers la paroi utérine, comme dans du beurre. On se contenta de retirer l'instrument, de faire une injection d'ergotine, et le tamponnement intra et extra-utérin ; la malade guérit rapidement ; aussi, au point de vue pratique, il est d'avis que l'on peut dans certains cas se passer de la laparotomie.

M. Schwartz. On fait ce qu'on peut, si l'on ne peut faire la laparotomie, on doit instituer le traitement préventif : antisepsie, glace sur le ventre. Si l'on est outillé, mieux vaut faire la laparotomie.

M. Verchère n'est pas partisan de l'intervention, il retirera, en pareil cas, la tige perforante et fera une injection d'ergotine. Il n'est partisan de la laparotomie que lorsque celle-ci est indiquée surtout par une lésion des annexes, ce qui n'était pas le cas dans le fait cité par M. Schwartz, car il était loin de songer à la grossesse extra-utérine.

L'un des secrétaires annuels : Dr Boé.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 mai. — Présidence de M. Lucas-Championnière.

Quelques considérations sur la bactériologie des suppurations intra-utérines. — M. Terrier fait un rapport sur un travail de MM. Morax et Hartmann. Dans la plupart des cas il s'agissait d'une salpingite à gonocoques. Il semble démontré que la présence d'une grossesse antérieure facilite l'apparition de la salpingite à gonocoques. Les salpingites à streptocoques ou à pneumocoques peuvent se trouver combinées avec les salpingites à gonocoques. Il ne paraît pas y avoir de rapport entre la température et la nature de l'agent infectieux.

Cet agent infectieux a-t-il une influence sur le mode opératoire du chirurgien ? Schauta et Wertheimer conseillent d'examiner au cours de l'opération le pus sorti des trompes. Cependant cette méthode ne semble pas avoir eu de merveilleux résultats et les statistiques obtenues dans cet examen paraissent plus favorables.

La seule différence consiste dans la nature du pus obtenu par le drainage qui reste stérile pendant deux jours dans les cas de pus à gonocoques.

M. Quénu. Sur six observations dans lesquelles j'ai fait examiner le liquide recueilli, il s'agissait d'un kyste hématique de l'ovaire ou de la trompe, le liquide était stérile.

Si le pus est stérile à l'examen d'une salpingite suppurée, on peut enlever le drain au bout de vingt-quatre heures. Dans les autres cas, il faut laisser le drain plus longtemps.

Dans un cas de mort, la malade a présenté des phénomènes pulmonaires sans rien du côté de l'abdomen. M. Metchnikoff avait examiné le pus trouvé dans les trompes et avait constaté l'existence de grandes cellules contenant de véritables hématozoaires dans leurs parois.

Des crachats sanglants furent inoculés à des cobayes qui succombèrent en huit ou dix heures et dans lesquels on trouva des bacilles de Friedlander.

M. Lucas-Championnière. Ces recherches ont, suivant moi, un intérêt beaucoup plus théorique que pratique. J'ai toujours refermé le ventre, sans drainage, quelle qu'ait été la nature de l'agent infectieux trouvé au microscope. J'ajouterai même que nos résultats de salpingectomie pour suppuration m'ont paru préférables à ceux obtenus dans d'autres circontances.

M. Terrier. Dans les cas de salpingite il n'y a pas seulement le pus qui soit septique, il y a des adhérences qui sont en rapport avec un milieu septique par excellence, l'intestin, et par suite peuvent facilement s'infecter, de là la nécessité de faire un drainage, et cela en particulier dans les cas où on a été forcé d'amincir l'intestin, et en particulier le rectum.

M. Segond. A l'appui de ce que vient de dire M Terrier, il se peut que par la laparotomie, l'intestin aminci s'ouvre non pas au moment de l'intervention, mais le soir ou le lendemain de l'intervention. Les fistules stercorales qu'on a pu observer sont une preuve de ces ouvertures en quelque sorte secondaires, et par suite doivent légitimer l'application du drainage après la laparotomie, d'autant plus que le drainage n'est pas une complication réelle de l'intervention.

De la constipation des opérés, de l'effet de l'alimentation chez les opérés. — M. Delorme. Dans les interventions sur la zone abdomino-génito crurale, j'ai toujours constipé mes malades. La température n'a jamais dépassé 38. Chez quatre seulement, j'ai eu des oscillations un peu durables, chez un malade il s'agissait de complications pulmonaires, chez un second d'intoxication iodoformée.

Dès le troisième jour, les opérés mangent du lait, des œufs, de la viande, et le tout avec appétit.

Chez les hommes adultes, sains, la constipation provoquée pendant huit ou quinze jours n'a pas d'influence sur la santé générale et le séjour de matières accumulées dans l'intestin n'offre aucun danger si l'intestin est sain.

M. Quénu. Il y a des cas où une constipation de deux ou trois jours donne une élévation de température, qui revient à la normale dès qu'on donne un purgatif. Il y a donc là un élément à déterminer. Par contre, je me rappelle un malade atteint de rétrécissement du rectum qui restait sans aller à la selle pendant vingt à vingt-cinq jours.

M. Lucas-Championnière. Un fait vulgaire et connu, c'est la gêne des gens alités quoiqu'en très bonne santé par le fait qu'ils sont constipés; chez eux un purgatif leur rend de suite le bien-être.

Le travail de M. Delorme montre que ses malades ont bien supporté la constipation, mais non qu'ils s'en sont mieux trouvés que s'ils avaient été purgés.

M. Delorme. Je n'ai envisagé la question qu'à un point de vue général et purement scientifique, et ce n'est que d'une façon progressive que j'ai pu réunir toutes les observations que je vous ai présentées.

C'étaient des malades atteints de fistules à l'anus, de varicocèles, que j'ai constipés et, croyant que la constipation n'avait aucun inconvénient, j'ai continué à leur donner l'opium et le laudanum.

C'est donc sans inconvénient et sans scrupule pour améliorer les résultats des opérations sur l'anus, fistules, hémorrhoïdes; sur le scrotum, varicocèle; sur l'intestin, hernies, qu'on peut laisser les malades constipés pendan quinze, vingt jours.

Hygroma sous deltoïdien tuberculeux. — Présentation de malade par M. Delorme.

F. Verchère.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 mai 1894. — Présidence de M. Christian.

La séance est ouverte à 4 heures.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

Correspondance imprimée. Revues et journaux habituels.

A propos du procès-verbal de la dernière séance M. Dubuc déclare s'associer aux idées émises par M. Polaillon concernant la section du frein de la langue et M. Tissier récuse les affirmations de M. Chervin sur l'abus fait en Bourgogne de la section du frein lingual.

Le secrétaire général dépose sur le bureau le Rapport de la Commission nommée pour étudier la nouvelle loi de la déclaration obligatoire des maladies contagieuses; ce travail sera envoyé aux diverses sociétés médicales de France. Lorsque la commission aura réuni un grand nombre d'adhésions, la Société de médecine de Paris sera consultée sur la marche à suivre pour remettre l'ensemble des protestations entre les mains des autorités compétente.

Présentations. — M. Polaillon offre à la Société un volume récemment paru, intitulé : Statistique et observations de chirurgie hospitalière (1879 à 1893). Ce volume contient ce qui a trait au membre inférieur ; les autres régions feront le sujet des volumes suivants. Aux données statistiques se trouvent ajoutées les observations les plus importantes et quelques courts réflexions sur les faits les plus remarquables, pouvant servir à la pathologie, à l'étiologie et au traitement.

M. Leudet offre à la Société son compte-rendu (1892-93) des travaux de la Société d'hydrologie.

Phtisie normale. — M. Leudet, au nom de M. Hameau, membre correspondant, lit le travail suivant, en réponse aux opinions émises dans une récente discussion sur le même sujet :

Je suis très reconnaissant à la Société de médecine d'avoir discuté mon travail présenté par M. Leudet. Mais combien cette discussion, dont je lis le compte rendu dans la *France Médicale*, aurait gagné à être précédée d'une lecture de cette courte brochure ! Malgré le résumé que vous en aviez donné, la plupart de vos collègues ne semblaient en avoir saisi ni le sens réel, ni la portée.

Pour le titre d'abord, M. de Beauvais est surpris du terme de *phtisie normale* ; il eût préférée *spontanée*. Vous avez péremptoirement répondu et démontré que ce dernier mot serait impropre. Ici même, on m'avait déjà dit : une maladie n'est pas chose normale. Et pourquoi donc ? Ne dit-on pas variole normale, rougeole normale ? Et l'on a bien raison ; une maladie peut être appelée normale lorsqu'elle suit son cours régulier, sans être activée ou retardée par quelque influence perturbatrice. Il m'a donc paru très légitime de considérer comme se développant normalement,

quement, la phtisie implantée sur le poumon d'une onne exempte d'antécédents tuberculeux héréditaires, tant mieux que cette phtisie normale a sa physio- ie propre, sa caractéristique, elle évolue en moins de x ans, et elle est toujours mortelle.

. Rougon a repris l'ancienne thèse de Rochard, au sujet l'influence pernicieuse de l'air marin sur les poitri- es. Je répondrai d'abord que, à l'encontre de cette opi- n, beaucoup trop absolue, bon nombre de malades à isie torpide ont été améliorés ou guéris par des voyages ritimes, ou par des séjours prolongés aux bains de mer. répondrai ensuite à M. Rougon que le milieu dans le- l j'observe n'a pas eu les conséquences qu'il lui attri- puisque : 1° parmi les phtisiques soignés à Arcachon, s ceux qui ont guéri ou qui ont été sensiblement amé- rés étaient entachés de vices morbides héréditaires ; que tous ceux qui sont morts, en moins de deux ans, ient considérés par leurs médecins ordinaires comme lement prédisposés à la tuberculose ; 3° enfin je n'ai invoqué seulement les observations recueillies dans ma pre clientèle, mais aussi, et beaucoup plus, les obser- ions contiguës dans les auteurs classiques et autres pu- cations.

M. Durozier objecte, de son côté, l'exemple des médecins i, bien portants, et sans cesse exposés aux atteintes du cille de Koch, devraient fournir un gros contingent à la tiste rapide. J'ai eu soin cependant de répéter, après ancher et autres maîtres autorisés, que la contagion berculeuse est, heureusement, assez rare ; j'ai même uté qu'elle est plus rare encore chez les robustes que ez les délicats, ce qui n'empêche que, lorsque les ro- stes, je veux dire les exempts de tare héréditaire, sont is, ils meurent en moins de deux ans.

M. Durozier pense aussi que je me suis laissé entraîner op facilement à conclure des animaux à l'homme. Rien ns mon travail ne justifie un pareil reproche. Si j'ai re- vé, dans les expériences sur des animaux, la confirma- n de mon observation sur l'homme, c'est à la clinique, et la clinique seule, que j'ai demandé la démonstration d'un it important et journellement méconnu, au grand dom- age du pronostic.

Notre honorable confrère observe, en outre, que pour firmer la nature des antécédents d'un malade, il faut une rie d'enquêtes. D'accord ; mais on ne peut cependant me fuser un certain crédit quand je viens dire : ouvrez tous s traités, et vos propres livres sur la matière ; chaque fois ue vous lirez, dans l'observation d'un phtisique, cette nction précise : *constitution robuste, né de parents bien portants*, vous constaterez que ce phtisique est mort en oins de deux ans.

Je crois que c'est une loi, ou tout au moins une règle très énérale, tant les exceptions sont rares et négligeables omme toutes les très rares exceptions dans les sciences l'observation.

M. Frémont trouve difficile de prouver qu'un malade n'est ni arthritique, ni goutteux, ni lymphatique. Il ne agit évidemment, dans l'espèce, que des véritables dia- hésiques et non, par exemple, des lymphatiques, mais des crofuleux avérés. Il cite, d'autre part, les paysans d'Au- rgne, débilités et alcooliques, qui succombent fréquem- ent à la phtisie aiguë. Or, en quoi ces faits contredisent- ls ma thèse? Il faudrait, au préalable, établir que ces Auvergnats portaient une tare héréditaire. Et cela même ne suffirait pas, attendu que certaines maladies intercurrentes, influenza, rougeole, diabète, sont connues pour accélérer l'évolution tuberculeuse.

Aucune des objections mentionnées au compte-rendu de la séance du 28 avril, ne me paraît de nature à infirmer la proposition que j'ai formulée ainsi.

« On doit regarder comme *normale* la phtisie qui résulte du libre développement, dans le poumon, du germe tuberculeux sur un terrain vierge de toute culture similaire ou antagoniste. La phtisie normale se trouve chez les sujets robustes, exempts de tare héréditaire, et les tue en moins de deux ans. »

L'unique moyen d'infirmer cette proposition serait d'opposer des faits bien observés aux faits nombreux que j'invoque ; or, la plupart des confrères qui ont correspondu avec moi, après avoir lu ma modeste brochure, m'ont, au contraire, apporté des confirmations nouvelles.

M. Frayniaud. Les cas de phtisie communiquée sont très rares ; dans une longue pratique, à peine ai-je pu observer trois faits permettant de conclure à la contagion de la tuberculose pulmonaire.

D'autre part je soigne une femme phtisique depuis dix ans à laquelle j'applique chaque année une série de pointes de feu sur les cuisses. Elle se porte relativement bien, et connaissant les médicaments qui lui sont utiles, elle n'a pas besoin d'avoir recours aux conseils d'un médecin. Cette femme a contracté cette affection quelque temps après son mariage avec un phtisique et à cette époque, elle avait une santé florissante.

Je proteste contre la formule de M. Hameau ; la phtisie n'est pas toujours grave, lorsqu'elle germe dans des organismes sains.

M. Gillebert d'Hercourt résume une observation de femme phtisique, probablement par contagion ; des lésions pulmonaires ont passé à l'état scléreux, en même temps que la malade était soumise à un traitement mercuriel pour des accidents syphilitiques. Je crois que le mercure a joué un rôle sérieux dans la transformation scléreuse des tubercules.

M. Durozier. La phtisie est une maladie tellement complexe, le champ de son étude est tellement vaste, qu'assurément tout peut-être dit et écrit sur cette maladie.

Pourquoi M. Hameau fixe-t-il une durée de deux ans? Est-ce si facile de reconnaître le début de la phtisie ? Quant aux antécédents, il n'est souvent pas commode de les enregistrer. M. Hameau, selon moi, s'est trop hâté de conclure.

M. Tissier croit qu'il y a exagération de la part de M. Hameau.

M. Leudet. Nous sommes tous d'accord, mais cependant il faut bien comprendre ce que M. Hameau a voulu avancer. Il a remarqué que certains phtisiques, aux lésions peu marquées mouraient rapidement, et que précisément ceux-là n'avaient pas d'antécédents ni de tuberculose ni de diathèse Quant à la durée assignée de deux ans, c'est à partir de la confirmation de la phtisie.

M. Christian. Le traitement de la tuberculose pulmonaire par le mercure date de loin. Je connais un médecin, ayant exercé dans un village, qui a plusieurs fois remarqué que lorsque plusieurs enfants d'une même famille mouraient tuberculeux, celui qui résistait le mieux et le plus longtemps était un syphilitique, ayant subi un traitement mercuriel.

— La séance est levée à 5 heures.

XI[e] CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES

Tenu à Rome du 29 mars au 5 avril 1894.

—

MILIEU (suite).

Des troubles moteurs observés dans l'impaludisme. — M. Boinet (de Marseille). Les troubles moteurs constatés dans l'impaludisme peuvent se diviser en deux catégories : la première comprend les paralysies et les atrophies musculaires ; la seconde, les troubles moteurs d'ordre convulsif.

Les paralysies se divisent elles-mêmes en trois groupes :

1° Les paralysies passagères liées à l'accès de fièvre, disparaissant avec lui ou ne durant que quelques jours, justiciables de la quinine et offrant tous les caractères des paralysies corticales. C'est ainsi que j'ai pu observer au Tonkin des faits d'aphasie apparaissant surtout après les accès pernicieux, isolés ou associés à l'hémiplégie, à la monoplégie ;

2° Les paralysies limitées à un ou plusieurs groupes musculaires, notammment à ceux qui sont innervés par le cubital, comme dans la fièvre typhoïde. Ces paralysies sont aussi, en général, transitoires ; dans certains cas, cependant, elles peuvent persister ou même se généraliser. Ce sont parfois de véritables myélopathies, et elles sont dues alors à des foyers hémorrhagiques de la moelle (Maillot) ;

3° Les paraplégies palustres, qui ne sont pas *extenso-progressives* comme les paralysies dysentériques, sont habituellement complètes d'emblée et plus prononcées à la périphérie qu'à la racine des membres, sans troubles de la vessie ni du rectum. Les troubles de la sensibilité consistent en douleurs névralgiques, en hyperesthésie cutanée, parfois en une anesthésie très marquée ; on observe aussi des paraplégies à répétition. Dans certains cas, elles peuvent s'accompagner d'atrophie et revêtir l'aspect du béribéri ;

4° Les atrophies, qui surviennent tantôt d'emblée, et qui tantôt sont consécutives à des contractures. Ces atrophies se font en masse, sauf lorsqu'elles sont liées à une névrite. Dans ce cas, elles sont, le plus souvent, limitées à la zone d'innervation du cubital.

Les névrites périphériques palustres peuvent atteindre le tronc du sciatique ; dans certains cas, elles constituent tout à fait le tableau du tabes.

Les paralysies dépendent soit des altérations du sang consécutives à la présence de l'hématozoaire de Laveran, soit à des troubles circulatoires : elles peuvent être myélopathiques ou tenir à une névrite périphérique. C'est surtout dans la seconde variété de troubles moteurs que le réflexe toxique d'origine palustre joue un rôle.

Ces derniers troubles sont d'ordre convulsif. Ce sont, le plus souvent, des *tremblements*, qui offrent plusieurs aspects : tantôt ils persistent pendant le repos, ont une faible étendue et affectent le type parkinsonien ; tantôt ils se produisent à l'occasion des mouvements volontaires et ressemblent au tremblement de la pseudo-sclérose en plaques. Ces tremblements peuvent être limités à un membre. Dans un cas, j'ai pu observer une chorée rythmée développée sous l'influence d'un accès pernicieux. Les mouvements thoraciques, les mouvements athétosiques, la tétanie, les convulsions, les contractures ont été également constatés.

Le pronostic de ces différents troubles varie essentiellement selon les cas : assez bénin dans les paralysies transitoires à type cortical, il est plus grave dans les cas de névrite périphérique ; il est surtout sérieux dans les paralysies avec lésions myélopathiques. Quant aux troubles convulsifs, ils n'offrent aucune gravité.

Des modifications du nombre et de la forme des globules blancs dans la fièvre typhoïde. — MM. Aporti et Radaelli (de Crémone). Nous avons pratiqué, sur un certain nombre de malades atteints de fièvre continue, des examens répétés du sang en vue de constater les modifications subies par les globules blancs.

Nos analyses ont été faites dans le cours et au décours de la fièvre typhoïde ; nous avons ainsi obtenu les résultats suivants :

Durant le cours de la maladie, le nombre des globules blancs oscille dans les limites normales (4.000 à 9.000).

Dans la convalescence, on obtient une augmentation relativement prononcée des leucocytes.

Lorsqu'il survient des complications pulmonaires et intestinales, (pneumonie, péritonite, etc.), la leucocytose est très manifeste. Dans tous les cas, les proportions numériques des diverses formes de leucocytes se sont montrées normales.

Des rapports entre les lésions du cervelet et les troubles de la vision. — M. P. Bruno (de Valence). J'ai observé un symptôme dépendant d'une lésion du cervelet, qui jusqu'ici n'a pas été signalé, à ma connaissance du moins ; je veux parler d'une hémianopsie homonyme localisée dans le quadrant supérieur droit de chaque champ visuel, et consécutive à un abcès localisé dans l'hémisphère gauche du cervelet, intéressant aussi, sur 1 millimètre d'épaisseur, la partie correspondante de la paroi du vermis supérieur, ainsi qu'on a pu le constater à l'autopsie. L'hémianopsie s'était développée six mois après les premiers symptômes, qui consistaient en troubles de la déambulation.

On n'est pas encore fixé actuellement sur le processus qui préside à la production de pareils phénomènes. Certains auteurs les considèrent comme simples troubles secondaires produits par compression. En tenant compte de ce que nous apprennent la physiologie du cervelet et de nombreux faits cliniques, on est forcé d'admettre qu'il est des cas où l'on doit invoquer des rapports de conduction reliant le cervelet à la rétine.

Traitement des fièvres et particulièrement de la fièvre typhoïde. — M. Burney Yeo (Londres). La médecine scientifique et rationnelle exige que la thérapeutique soit en accord avec les notions de pathologie. Les changements qui ont été apportés dans nos connaissances sur la nature et les causes des fièvres spécifiques exigent des modifications correspondantes dans la conception et les indications de leur thérapeutique.

Cette communication a trait au traitement de la fièvre typhoïde prise ici comme un type de fièvre spécifique infectieuse.

On admet que les fièvres spécifiques sont d'origine bactérienne ; leurs symptômes caractéristiques, dont fait partie la fièvre, sont produits par des micro organismes dans le sang et les tissus.

On sait que, *dans les laboratoires*, certaines substances arrêtent la croissance et l'activité de ces microbes ; d'autres

itions, comme la présence d'un processus de putréfaction, activent leur développement. Nous possédons aussi ains agents qui peuvent arrêter les effets des toxines es microbes à *l'intérieur du corps*. Il est donc essentiel : la thérapeutique de ces affections de neutraliser ces ons sécrétés par les microbes.

nsi se constitue l'idée d'un traitement antitoxique ou septique. Je dirai même que, pour une maladie comme ièvre typhoïde, la recherche des antagonistes des mi-es et de leurs produits est plus importante que les atives faites pour obtenir l'immunité.

es observations cliniques montrent que la marche ordi-re et les caractères de ces fièvres peuvent être heureu-ient modifiés, et en quelque mesure diminués par des nts antagonistes. Je m'appuie en cela sur ma propre périence et sur celle des autres. Bien des témoignages été fournis en faveur de cette méthode, notamment O'Connor de Buenos-Ayres, qui a appliqué ces procédés traitement de 100 malades et qui n'a eu que 2 morts.

Pour maintenir cette *antisepsie intestinale* qui forme le nt essentiel de ce traitement, il faut prêter une attention très grande à la nourriture du malade atteint de fièvre phoïde ; il faut songer que ces malades ont une capacité digestion et d'absorption extrêmement limitée.

L'auteur termine sa communication par quelques remarques sur l'usage des stimulants alcooliques, des agents tipyrétiques dépresseurs, dont il condamne l'usage, sur indications très limitées et les dangers du traitement r les bains froids.

L'auteur insiste sur l'utilité d'appliquer aussitôt que possible sa méthode (voir *Manual of medical treatment*, vol. II, rt. IX, chap, 3) ; la grande diffusion à travers l'organisme s toxines fait que, quand on ne leur oppose pas de très nne heure des antagonistes, la guérison est impossible.

Corrélation de poids entre le cerveau et les testicules ou s ovaires. — M. Silvin Venturi (Catanzaro). Chez les aliénés, s diminutions du poids du cerveau dues aux processus 'atrophie involutive précoce, retrouvent une relation dans diminution du poids du cerveau, des testicules ou des vaires.

Cette réduction de poids du cerveau, des testicules ou es ovaires confirme la corrélation entre la vie psychique t la vie sexuelle, laquelle a été démontrée il y a longemps par l'observation clinique et les lois du développement.

La réduction en poids des testicules avec beaucoup l'approximation, est accompagnée de diminution de volume. Par cette raison, sur les vivants, par la diminution les diamètres des testicules, on a un jugement approximatif utile pour diagnostiquer le degré de l'atrophie cérébrale corrélative.

Pathogénie et traitement électrique de la névrite sciatique. — M. Stefano Personali (Turin). De ses recherches cliniques, l'auteur conclut que, dans le plus grand nombre des cas, la névrite sciatique représente une affection secondaire, dépendant de la propagation au nerf sciatique d'un processus inflammatoire localisé d'abord au tissu connectif qui entoure l'articulation coxo-fémorale. L'affection primitive serait donc une péricoxite, et l'inflammation du nerf ne serait que consécutive. Cette hypothèse a sa démonstration dans la localisation de la douleur qui, au début siège au niveau de l'articulation, dans la claudication déjà existante avant que le sciatique ne soit atteint, dans la douleur provoquée dans les parties voisines de l'articulation par la rotation de la cuisse, par l'extension de la douleur à toute la région fessière, et en particulier le long de la crête iliaque et du bord externe du sacrum.

Personali traite les malades atteints de sciatique par l'électricité faradique. Une électrode est appliquée sur la région lombaire : un pinceau faradique constitué par des fils de cuivre, très fins, très flexibles, est promené vivement sur toute la région fessière malade, sur le nerf sciatique, et sur les muscles du mollet : puis on diminue graduellement la rapidité pour accoutumer le patient à la douleur toujours plus grande du courant, et on finit par laisser le pinceau en place, durant une minute si possible, successivement sur tous les points douloureux de la fesse ou d'un nerf, et en particulier au niveau de l'échancrure sciatique : entre ces divers arrêts, on laisse un intervalle de vingt à trente secondes. Le courant est très intense, aussi les douleurs sont-elles presque insupportables : la séance est répétée chaque jour et le traitement complet exige de 25 à 45 séances.

Le premier résultat du traitement est l'aggravation des douleurs, et cela durant six à sept jours : puis les douleurs disparaissent progressivement.

CORRESPONDANCE

Paris, le 27 mai 1894.

A Monsieur A. Chevallereau rédacteur en chef de la *France Médicale*.

Monsieur le Rédacteur,

Le numéro du 18 mai courant de la *France Médicale* relate un cas de croup avec complications pulmonaires, observé par M. le Dr H. Leroux, qui a fait l'objet d'une intéressante communication à la Société médicale du VIIe arrondissement, dans sa séance du 27 mars dernier.

Je ne veux retenir de cette observation que ce qui a trait à la dysphagie paralytique, survenue consécutivement, et aux divers moyens inutilement employés pour la combattre, sauf le procédé auquel, de guerre lasse, ont eu recours, en dernier lieu, MM. Blache et Leroux, procédé indiqué, disent-ils, par Rilliet et Barthez, lequel consiste à faire lécher par l'enfant, mis à quatre pattes, une assiette de potage épais... Grâce à cet artifice, ajoutent-ils, l'enfant qui ne pouvait boire ni au verre, ni à la cuillère, sans s'étrangler, sans que les gouttes de liquide ne vinssent tomber dans sa trachée, et à sortir par la plaie, put réparer ses forces et se guérir.

Permettez-moi, Monsieur le Rédacteur, de rappeler ici que le *petit moyen*, qui a si bien réussi à mes honorables confrères, a été indiqué et conseillé par moi, pour la première fois, il y a quelque trente ans, et vulgarisé depuis, par de nombreuses communications verbales, de ma part, dans maintes circonstances, et, en particulier, dans ses leçons cliniques à l'*hôpital*

des enfants, par mon regretté compatriote et ami, le Dr Archambault, à l'habileté opératoire duquel Trousseau, son maître, confiait la plupart de ses trachéotomies de la ville.

Voici le cas dans lequel j'ai eu, le premier, je crois, la pensée d'utiliser les lois de la pesanteur, pour soustraire un petit malade aux suites d'une dysphagie grave, consécutive à un croup ascendant, d'une gravité également extrême. Cette observation a été insérée, ainsi que la discussion qui l'a suivie, dans le *Bulletin de la Société de médecine de Paris*, année 1873, t. VIII, p. 242, et reproduite également à la même époque dans la *Gazette des hôpitaux*, organe officiel, à cette même époque, de la Société. C'est à l'occasion d'une communication du Dr Camuset, relative à un cas de paralysie de l'accommodation de l'œil, suite d'angine diphtéritique, que j'ai entretenu la société du moyen bien simple de remédier à la dysphagie consécutive à la diphtérie.

Il sagissait d'un enfant, âgé de 4 ans, opéré, sur mon appel, en 1885, par Adolphe Richard, l'aimable et regretté chirurgien de l'hôpital Beaujon. Le petit malade, à la suite de l'opération, expulsa par la canule, à deux reprises différentes, et à quarante-huit heures d'intervalle, un long tube pseudo-membraneux reproduisant exactement la portion inférieure de la trachée et les deux premières divisions bronchiques, droite et gauche. Vers le huitième jour de l'opération, survint chez notre petit opéré une paralysie du voile du palais, se traduisant chez lui par une dysphagie très accentuée, mais, *pour les liquides seulement*. Chaque fois que l'enfant voulait boire, le liquide pénétrait largement dans le larynx, et, de là, dans la trachée et les bronches, ce qui amenait des crises extrêmement pénibles de toux et de suffocation. En présence de cette dysphagie, nous décidâmes avec le chirurgien que la canule serait enlevée le plus tôt possible, ce que nous pûmes faire dès le lendemain, et que toute espèce d'aliment liquide, ou boisson, serait supprimé. Mais l'enfant, dévoré par une soif inextinguible (nous étions au mois d'août), ne put résister plus de vingt-quatre heures à une pareille privation.

Nous eûmes, alors, l'idée de lui administrer, par petites cuillerées à café, de la glace finement pilée, puis comprimée et ressuyée dans un linge bien sec. Dès le premier jour, le patient en consomma deux mille cinq cents grammes ; et, les deux jours suivants quinze cents grammes. Seulement, j'ai refusé, à partir du quatrième jour, d'en continuer absolument l'usage. Les accidents de dysphagie persistant, nous imaginâmes alors le petit artifice suivant, ce qui permit à l'enfant de boire, sans que les liquides pénétrassent dans les voies respiratoires, ou tout au moins au-delà de l'ouverture trachéale.

A cet effet, je plaçai l'enfant à plat ventre sur mes deux bras, la face fortement inclinée ou tournée vers le sol, et le reste du corps soulevé par en haut, puis, j'approchai de ses lèvres une assiette plate ordinaire remplie d'un liquide quelconque, lait, bouillon, tapioca clair, etc. ; en même temps que j'éloignai le plus possible l'assiette en question, de manière à obliger l'enfant à tendre le cou, à allonger ses lèvres pour pratiquer une véritable succion, et ainsi à *humer* plutôt que boire le liquide offert. Grâce à ce petit moyen, l'enfant, à partir de ce moment, put boire à volonté. C'est à peine si, pour un quart de verre de lait ou de bouillon, il s'en échappait quelques gouttes par la plaie trachéale, et encore cet inconvénient ne se produisait-il pas chaque fois. Inutile d'ajouter que rien de semblable n'avait lieu, si l'enfant essayait de boire dans la position verticale habituelle. Une seule cuillerée à café de lait ou de bouillon pris dans cette position revenait invariablement en grande partie par l'ouverture fistuleuse, quinze jours encore après l'opération. En résumé, cette dysphagie a duré trois semaines entières avant de disparaître et, malgré nos plus justes craintes, le petit malade s'est complètement rétabli.

A quelque temps de là, mais, cette fois, avec le Dr Archambault que nous avions appelé en consultation pour opérer un de nos petits croupeux, enfant de 23 mois seulement, le même petit moyen put être employé avec le même succès. Mais, vu l'âge de l'enfant, nous dûmes utiliser autrement les lois de la pesanteur, en le plaçant sur les genoux de sa nourrice, en supination complète, la tête plus basse que les épaules, et en le faisant boire à la cuiller avec lenteur et précaution.

Bien qu'en fait de priorité, le : *suum cuique* soit de droit pour chacun, je n'aurais pas songé, Monsieur le Rédacteur, à reproduire les faits qui précèdent, si nous ne les avions pas crus de nature à faire connaître aux praticiens un de ces petits moyens, comme les appelait le professeur Piorry, encore peu connus, qui, en clinique, sont, dans l'application, souvent plus utiles aux malades que maintes dissertions savantes *ex cathedrâ*.

Agréez, Monsieur le Rédacteur, l'assurance de mes sentiments distingués.

Dr E. R. Perrin.

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — Le concours pour deux places de chirurgien du Bureau central vient de se terminer par la nomination de MM. Albarran et Beurnier.

Faculté de médecine de Paris. — Le registre des inscriptions du quatrième trimestre de l'année scolaire 1893-1894 sera ouvert le lundi 17 juin 1894, et clos le mardi 17 juillet, à 3 heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures de l'après-midi :

1° Les inscriptions de première année (doctorat et officiat), les lundis 18, mardi 19, mercredi 20, jeudi 21, vendredi 22 et samedi 23 juin 1894 ;

2° Les inscriptions de deuxième année de doctorat, les mercredi 27, jeudi 28, vendredi 29 et samedi 30 juin 1894 ;

3° Les inscriptions de troisième et quatrième années de

orat, les vendredi 6, samedi 7, mercredi 11, jeudi 12, dredi 13, lundi 16 et mardi 17 juillet 1894.

Les inscriptions de deuxième, troisième et quatrième ées d'officiat, les lundi 2 et mardi 3 juillet 1894.

M. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription jours ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne accordée en dehors de ces dates que pour des motifs eux et appréciés par le conseil de la Faculté. Ils sont s de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscrip- chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en ange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure quels ils devront se présenter au secrétariat pour ndre leur inscription.

vis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, ront joindre à leur feuille d'inscription un certificat de chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exac- ide leurs fonctions d'internes ou d'externes pendant le isième trimestre de l'année scolaire 1893-1894. Ce cer- cat doit être visé par le directeur de l'établissement spitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont absolument de rigueur ; les inscrip- ns seront refusées aux élèves internes et externes des pitaux qui négligeraient de les remplir.

Consignations — 1° Les élèves-docteurs, ajournés à la ssion de novembre 1893 et à celle de janvier 1894, au emier examen de doctorat, et les élèves-officiers de santé urnés aux premier, deuxième et troisième examens de d'année (officiat), devront consigner le jeudi 7 juin, aux ures ordinaires. Ils seront appelés à subir leur examen 18 au 23 juin.

2° Les élèves de première année qui désirent subir le emier examen de doctorat avant les vacances devront nsigner les lundi 11, mardi 12, mercredi 13 et jeudi 14 juin. s prendront la quatrième inscription du 18 au 23 juin clus et seront appelés à subir l'examen à partir du juin.) Ceux qui ne consigneront pas aux dates ci-dessus diquées seront renvoyés à la session d'octobre. Les aspi- nts à l'officiat sont astreints à subir en juillet les examens e fin d'année ; ils consigneront : les élèves de première nnée les lundi 11 et mardi 12 juin, les élèves de deuxième t de troisième années en prenant, selon le cas, la hui- ème ou la douzième inscription ; ils ne peuvent être ren- oyés à la session d'octobre que sur une autorisation spé- iale du conseil de la Faculté.

3° En cas d'ajournement au premier examen de doctorat t aux examens de fin d'année, les élèves-docteurs de pre- nière année et les aspirants à l'officiat pourront se pré- enter de nouveau à la session qui aura lieu du 15 au 31 octobre prochain. Ils devront se faire inscrire le lundi 8 ou le mardi 9 octobre 1894, dernier délai. (Ces disposi- ions sont applicables aux élèves-docteurs de première nnée qui ne se présenteraient pas à la session de juillet.)

Ostéologie. — Les démonstrations d'ostéologie commen- ceront le lundi 15 octobre 1894. MM. les étudiants qui auront passé avec succès le premier examen de doctorat ou le premier examen de fin d'année d'officiat devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté (bureau du chef du matériel). A cet effet, le bureau sera ouvert tous les jours de midi à trois heures, pendant la période des exa- mens : avant les vacances, à partir du 18 juin ; et à la session d'automne, du 15 au 31 octobre.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Par arrêté minis- tériel, en date du 28 mai 1894, la chaire de matière médi- cale de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux est déclarée vacante.

Faculté de médecine de Toulouse. — M. le professeur Labéda est nommé doyen de ladite Faculté.

École de médecine de Tours. — M. le suppléant Guilbaud est chargé d'un cours de physiologie.

Corps de santé militaire. — M. Dieu, médecin principal de 1re classe, sous directeur de l'École d'application de méde- cine et de pharmacie militaire, médecin-chef de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, membre du comité technique de santé, est nommé directeur du service de santé du 7e corps d'armée.

M. Madamet, médecin principal de 1re classe, médecin- chef de l'hôpital militaire Saint-Martin, à Paris, est nommé sous-directeur de l'École d'application et de pharmacie mi litaire, médecin-chef de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, membre du comité technique de santé.

M. Schaumont, médecin principal de 1re classe, médecin- chef de l'hôpital militaire de Marseille, est désigné pour l'hôpital militaire Saint-Martin, à Paris (médecin-chef).

Sont désignés : MM. les médecins-majors de deuxième classe, Lebastard, pour le 8e d'infanterie ; Baur (F.-X.-V.), pour le 14e hussards.

MM. les médecins aides-majors de première classe Via- lette, pour l'hôpital militaire de Villemanzy, à Lyon (pour ordre) ; Faivre (P.-A.-G.), pour le 14e dragons ; Ferrand (G.-A.) et Thérault, pour les hôpitaux militaires de la divi- sion d'Oran ; Blanc (J.-H.-R.), pour les hôpitaux militaires de la brigade d'occupation de Tunisie ; Darricarrère (J.) et Sourier, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger.

École de santé militaire. — Par décision ministérielle, en date du 23 mai 1894, le nombre des élèves à admettre à l'École du service de santé militaire, à la suite du concours qui s'ouvrira le 9 juillet prochain, est fixé à 60.

Distinctions universitaires. — Par arrêté ministériel, en date du 12 mai 1894, M. le Dr Chipault, médecin du lycée d'Orléans, a été nommé officier de l'Instruction publique.

MM. Chrétien, professeur à l'École de médecine de Poi- tiers ; Delmas, médecin principal de l'armée ; le Dr Mo- rienvalle (de Chaulnes), ont été nommés officiers d'Aca- démie.

Médecin ministre. — M. le Dr Lourties sénateur des Landes, est nommé ministre du commerce.

L'incident de l'hôpital Bichat. — Il est beaucoup question en ce moment, dans les salles de garde, d'une scène pénible qui s'est passée il y a un mois environ, à l'hôpital Bichat, entre un interne en médecine, M. Papillon, et M. Terrier, chirurgien de cet hôpital.

La lettre suivante, adressée par M. Papillon à M. Peyron, directeur de l'Assistance, fera connaître l'objet du différend :

« Monsieur le directeur général, le directeur de l'hôpital Bichat a dû vous aviser de l'étrange et violente scène que me fit en sa présence, mardi dernier 17 avril, M. le Dr Ter- rier au sujet d'une malheureuse qui, pendant mon service de garde, avait été apportée avec une fracture de cuisse et que j'avais naturellement admise d'urgence à l'hôpital.

« Il est d'opinion courante et même, je crois, réglemen- tairement établi, que les hôpitaux ont été et sont fondés pour donner des soins aux malades et aux blessés ; le ser- vice de M. le Dr Terrier est-il un service de chirurgie géné-

rale, ou bien n'est-il qu'un *fief* à son usage particulier, ne devant recevoir que des blessés à sa convenance?

« Dans le cas dont il s'agit, il eût été inhumain de ne point recevoir la blessée.

« M. le Dr Terrier exigeait que je prise l'engagement de ne jamais plus recevoir aucune fracture : je lui répondis, avec tout le calme que me donnait mon juste droit, que, pendant mon service de garde, j'étais responsable, mais que je n'avais aucun engagement à prendre : je ne relève alors que des règlements et de ma conscience.

« Hier, dans le cabinet de M. le directeur de l'hôpital Bichat, et en sa présence, M. le Dr Terrier m'a signifié, de son autorité privée, que désormais, le jour où je serais de garde, je devrais « *ignorer* (ce sont ses propres termes) *son service* », ainsi que tous faits ou incidents d'ordre chirurgical qui pourraient survenir au cours de ma garde, et, qu'à cet effet, il me ferait adjoindre un élève de son service, à qui serait réservée la partie chirurgicale de mon rôle d'interne de garde.

« Dans le service de l'Assistance publique, il y a des règlements et un directeur chargé de les faire respecter.

« Ai-je manqué aux règlements ou forfait à mes fonctions? Dans ce cas, votre Administration doit me frapper ou me suspendre.

« Ai-je rempli mon devoir? Mais alors M. le Dr Terrier a-t-il qualité pour infliger à un interne l'humiliation d'un tuteur ou d'un adjoint extra-réglementaire?

« C'est pourquoi je vous demande, monsieur le directeur général, de rappeler qui de droit à l'observance des règlements et de maintenir les prérogatives de l'internat. L'interne, pendant son service de garde, doit seul et intégralement en remplir les fonctions, parce que seul il en a la responsabilité.

« Un chef de service, si haute opinion qu'il ait de lui-même, doit, comme tous, être soumis aux règlements; peut-être même devrait-il en donner l'exemple. Le règlement est notre maître à tous; s'il est mal fait qu'on le change, mais, en attendant, on doit l'observer.

« Veuillez agréer, monsieur le directeur général, l'hommage de mon respect.

G.-E. Papillon,
« interne des hôpitaux. »

M. Peyron, qui avait d'abord approuvé la conduite de M. Papillon, revint ensuite sur cette décision, et le 11 mai, il écrivait au directeur de Bichat :

« Monsieur le directeur, à la suite d'une plainte que m'a adressée M. le Dr Terrier, au sujet de M. Papillon, interne en médecine de votre hôpital, *dont il estime l'intervention dangereuse pour ses malades*, je vous ai prié d'enjoindre à M. Papillon de s'abstenir provisoirement et sans préjuger la décision définitive qui sera prise par l'administration, après avis de son conseil de surveillance, de toute apparition dans le service de M. le Dr Terrier et de toute intervention chirurgicale auprès des blessés admis à l'hôpital Bichat pour être placés dans le service de M. le Dr Terrier, à moins d'en être requis par vous.

» Je vous confirme ces instructions et je vous prie de communiquer cette lettre à M. Papillon et de lui en laisser copie. »

Les choses en sont là, en attendant la décision du conseil de surveillance qui a été saisi de la question.

En dehors du débat personnel entre MM. Terrier et Papillon, la question se résume ainsi : « Un médecin ou u chirurgien a-t-il le droit d'interdire à l'interne de garde recevoir dans son service certaines catégories de malades (*Méd. mod.*)

Hospice de la Salpêtrière. — Le Dr Augustin Voisin repre dra ses conférences cliniques sur les maladies mentales les affections nerveuses, le jeudi 31 mai 1894, à 10 heur du matin, et les continuera les jeudis suivants à la mêm heure.

Hôpital Ricord. — M. le Dr Mauriac reprendra ses leço cliniques sur les maladies vénériennes, le samedi 2 juin 9 h. 1/2 du matin, et les continuera les samedis suivants la même heure.

Hôpital Saint-Joseph. Paris. — Un concours sera ouv le 2 juillet 1894 pour sept places d'internes en médecine chirurgie.

Pour tous renseignements, s'adresser : à l'hôpital, 1, r Pierre-Larousse, ou au Secrétariat de l'Institut cath lique, 74, rue de Vaugirard, Paris.

Cours d'hygiène sociale. — Professeur : M. le Dr A.-J. Mart — La conférence pratique du dimanche 3 juin 1894 au lieu aux laboratoires de MM. Albert Lévy (chimie) et Dr M quel (microbiologie), caserne Lobau, annexe de l'Hôtel d Ville, 2, rue Lobau, sur le quai, à 9 heures et demie tr précises du matin.

Nécrologie. — M. le Dr Trapenard (Jacques-Paul), méd cin en chef de l'hôpital et président honoraire de la Soci des sciences médicales de Gannat, décédé le 19 mai à l'â de 79 ans. — Le Dr Auzelly, de Brie-Comte-Robert (Sein et-Marne), reçu en 1842. — Le Dr Bouisson, de Toulous reçu en 1874. — Le Dr Delacour, de Clerval (Doubs), re en 1872. — Le Dr Ducharme, de Lyon. — M. Garrous médecin à Senezergues (Cantal), reçu en 1890. — M. Guy nard, médecin à Bourbriac (Côtes-du-Nord), reçu en 18 — M. Hébert, médecin à Breauté (Seine-Inférieure), reçu 1841. — Le Dr Hersent, de Paris, reçu en 1845. — Le Dr Barillier, de Bordeaux, reçu en 1848.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diast

ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

PHTHISIE, BRONCHITES, CATARRHES traités par *L'Em sion Marchais* à la créosote, au tolu et phosphate de chaux. **Anémie, chlorose.** — *Dragées Cézard*, ne constipant pas.

VIN AROUD (viande quina et fer). — Régénérateur pui sant pour guérir : **Chlorose, Anémie profonde. Menstru tions douloureuses. Rachitisme. Affections scrofuleus Diarrhées.**

CHOUSSY **LA BOURBOULE** PERRIÈRE
Anémie, Diabète, Voies respiratoires
MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES

Une ou deux **Pilules de QUASSINE FRÉMINT** à chaqu repas donnent de l'appétit, relèvent très rapidement l forces et font disparaître la constipation habituelle.

PASTILLES bi-borate de soude VIGIER, à 0 gr. 10 centigr. 5 10 pastilles par jour.

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*